

教育・保育給付認定申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書

令和 年 月 日

(宛先) 色麻町長

保 護 者	行政区			
	住所		〒	
	氏名			
	電 話 番 号	自宅		
携帯		続柄		
携帯		続柄		

次のとおり、教育・保育給付認定申請及び特定教育・保育施設等の利用について申込みます。

町が施設型給付費・地域型保育給付費等の教育・保育給付認定に必要な市町村民税の情報（同一世帯者を含む）及び世帯情報を閲覧すること。また、その情報に基づき決定した利用者負担額及び教育・保育給付認定申請書兼特定教育・保育施設等利用申込書の内容について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

申込児童	氏名	生年月日	性別	現在申請中の兄弟姉妹
	(フリガナ)	平成・令和 年 月 日	男・女	有・無
住所	※保護者と異なる場合のみ記載			
保育の必要性	<input type="checkbox"/> 保育所、認定こども園（保育部門）、地域型保育施設で保育を希望する場合 → ①②③を記入			
	<input type="checkbox"/> 幼稚園、認定こども園（教育部門）で教育を希望する場合 → ①②を記入			
その他特記事項	無・有（ ）			

①利用を希望する期間、希望する施設（事業者）名

利用を希望する期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
利用を希望する曜日・時間	希望曜日		希望時間	
	月・火・水・木・金・土		時 分から 時 分まで	
利用を希望する施設（事業者）名	施設（事業者）名			
	第1希望	希望理由		
	第2希望	希望理由		
	第3希望	希望理由		

〈必ず裏面も記入してください〉

②世帯の状況（単身赴任等別居中の家族を含む）

区分	氏名	申込 児童 との 続柄	生年月日	性別	職業又は 学校名等	備考
児童の 世帯員	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
	(フリガナ) -----		大・昭・平・令 年 月 日	男・女		
ひとり親・障害世帯等	非該当 ・ 該当（ <input type="checkbox"/> ひとり親世帯 <input type="checkbox"/> 在宅障害児（者）のいる世帯）					
生活保護の適用の有無	非該当 ・ 該当（平成・令和 年 月 日保護開始）					

③預かり保育及び幼稚園送迎バス利用希望の有無について（事前確認）

預かり保育 (いずれかに○)	①希望する	②希望しない
幼稚園送迎バス (いずれかに○)	①希望する（往復利用・朝片道利用・帰り片道利用）	②希望しない

※1 本項目は預かり保育及び幼稚園送迎バス利用希望状況を把握するための事前確認調査です。申請日時点の状況でご記入願います。

※2 預かり保育及び幼稚園送迎バスの利用について「希望する」を選択された方には、後日利用申請書を配布いたします。また、預かり保育の利用については、提出いただいた申請書の内容を審査の上、決定となります。